

In en vanuit het verpleeghuis : samenwerking verpleeghuisarts-huisarts

Citation for published version (APA):

Schols, J. M. G. A. (2000). In en vanuit het verpleeghuis : samenwerking verpleeghuisarts-huisarts. Raamsdonksveer: Vêrse Hoeven.

Document status and date:

Published: 01/01/2000

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



SAMENVATTING

In dit proefschrift zijn naast een algemene inleiding (deel 1) twee hoofdsecties (deel 2 en 3) te onderscheiden: "Vanuit institutionele zorgverlening naar extramurale zorgverlening" en "De samenwerking verpleeghuisarts - huisarts nader onderzocht". Daarna volgt nog het deel "Beschouwing en samenvatting" (deel 4). In een addendum ("Verpleeghuisgeneeskunde in ontwikkeling") worden voorbeelden van kleinschalig onderzoek bij verpleeghuispatiënten, dan wel populaties van ouderen gepresenteerd.

Deel 1: Algemene inleiding, vraagstellingen en opbouw proefschrift

In het eerste deel wordt ingegaan op het fenomeen extramurale verpleeghuiszorg. Deze wordt gepositioneerd in het brede kader van de hedendaagse transmurale zorg.

Vervolgens wordt aangegeven dat het proefschrift is opgebouwd uit onderzoeksactiviteiten, die gekoppeld kunnen worden aan een drietal voor de verpleeghuiszorg en verpleeghuisgeneeskunde belangrijke algemene onderzoeksvraagstellingen:

1. Welke doelgroepen maken gebruik van de verpleeghuiszorg (intra-, semi- en extramuraal)?
2. Welke zijn de effecten van de verpleeghuiszorg op de onder 1. genoemde doelgroepen?
3. Hoe staat het met de (transmurale) samenwerking tussen disciplines uit het verpleeghuis en disciplines daarbuiten?

Hieronder worden de onderzoeksactiviteiten, die samenhangen met deze vraagstellingen, nader samengevat in de volgorde van de opbouw van het proefschrift.

156

Deel 2: Van institutionele zorgverlening naar extramurale zorgverlening

Dit deel sluit aan op de hedendaagse ontwikkelingen in de ouderenzorg. Mede door capaciteitsproblemen in de zorg kan moeilijk tegemoet gekomen worden aan de groeiende zorgvraag in een sterk vergrijzende bevolking. In het toekomstige gezondheidszorgbeleid wordt substitutie van zorg, van gecompliceerd en duur (opname in gespecialiseerde instellingen van de tweede lijn) naar eenvoudig en goedkoop, (rondom de thuissituatie en in dagbehandeling) centraal gesteld om zodoende meer zorgbehoevende mensen te kunnen bereiken. Substitutie van zorgfuncties voor ouderen zal moeten leiden tot een versterking van de thuiszorg om daarmee tevens tegemoet te komen aan de wensen van veel ouderen om zo lang mogelijk thuis of in het verzorgingshuis te kunnen blijven wonen. Verpleeghuizen trachten in te spelen op deze ontwikkelingen door ondersteuning van de zorg buiten de eigen muren aan te bieden.

Er wordt nader ingegaan op de semi- en extramurale zorgmogelijkheden van het hedendaagse verpleeghuis.

Paragraaf 2.2 biedt ter illustratie een casuïstische beschrijving van een aantal patiënten onder de titel: "Opname in een verpleeghuis: nood of deugd?". Deze casuïstiek maakt duidelijk dat de hedendaagse verpleeghuiszorg veel meer is dan het stereotiepe beeld dat sommigen ervan hebben. Behalve voor langdurige en terminale zorg komen veel patiënten voor revalidatie in het verpleeghuis. Ook komt een toenemend aantal patiënten voor de minder bekende functies als tijdelijke opvang, crisisopvang, kortdurende observatie en diagnostiek, en speciale zorg casu quo verpleging (beademing, comazorg etc.). Daarbij kan verpleeghuis-

zorg in de vorm van consultatie, dagbehandeling en substitutie al ver vóór een uiteindelijke opname aangewend worden om een zo lang mogelijk verblijf thuis of in het verzorgingshuis te bevorderen.

In paragraaf 2.3 wordt een algemene inleiding gegeven op de hedendaagse zorgmogelijkheden die verpleeghuizen hebben buiten hun eigen muren. Het betreft de dagbehandeling, de consultatiefunctie en de substitutieprojecten. In dit hoofdstuk wordt een lans gebroken voor meer en gedegen effectonderzoek bij nieuwe verpleeghuisfuncties. Daarbij wordt gepleit voor de ontwikkeling van een specifiek en integraal patiënt-beoordelings- én volgsysteem, waarmee patiënten gedurende hun hele "medische- en zorgcarrière" gevolgd kunnen worden, zowel extramuraal als semi- en intramuraal.

Paragraaf 2.4 luidt: "Verpleeghuiszorg in beweging; een inventariserend overzicht van vijf substitutieprojecten verpleeghuiszorg".

Dit inventariserend onderzoek is verricht om inzicht te krijgen in het functioneren van vijf substitutieprojecten verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen, van Streekverpleeghuis St. Agnes te Geertruidenberg (nu de Riethorst). De hoofddoelstelling van substitutie van verpleeghuiszorg luidt: door adequate zorgverlening aan verpleeghuisgeïndiceerde verzorgingshuisbewoners uitstel of afstel van verpleeghuisopname realiseren. Door middel van interviews met 64 betrokkenen bij de projecten, alsmede door het versturen van enquêtes zijn ervaringsgegevens verzameld. Van uitstel of afstel van verpleeghuisopname blijkt in een groot aantal gevallen sprake te zijn. In de periode 1991-1993 werden er van de 144 deelnemende verzorgingshuisbewoners slechts 11 alsnog in het verpleeghuis opgenomen. Wat de feitelijke zorgverlening betreft, kan in de vijf projecten nog veel verbeterd worden. Het gaat daarbij vooral om langere openingstijden van de groepsverzorging, om een optimalisering van het methodisch werken alsmede om de realisering van een efficiënt multidisciplinair overleg. Van echte verpleeghuiszorg is voorlopig nog geen sprake. Daarnaast blijkt de financiering van deze substitutieprojecten gecompliceerd en onzeker, omdat deze via verschillende kanalen verloopt en bovendien de continuïteit niet gewaarborgd is. Structurele zekerheid in dezen is alleszins geboden, ten behoeve van het beleid op langere termijn.

157

De titel van paragraaf 2.5 is: "Verpleeghuisdagbehandeling: een groeiende functie voor een tamelijk vast omschreven doelgroep".

Het betreft een descriptief onderzoek naar de kenmerken van in 1995 opgenomen en ontslagen verpleeghuisdagbehandelingspatiënten. Gegevens werden ontleend aan het landelijke SIG Verpleeghuis Informatiesysteem (SIVIS), een patiëntgebonden registratie, waaraan in 1995 meer dan 85% van de verpleeghuizen deelnam. Van de startende dagbehandelingspatiënten was 89% ouder dan 65 en 39% ouder dan 80 jaar; zij werden verder gekenmerkt door een slechts geringe oververtegenwoordiging van vrouwen (9% meer dan mannen) en door een morbiditeitspatroon van chronische aandoeningen (somatick: cva 45%; psychogeriatric: dementie 80%). Deze morbiditeit ging gepaard met een aanzienlijke invaliditeit en beperkingen van de mobiliteit. De meeste patiënten (78%) komen vanuit het eigen huis. Zowel somatische als psychogeriatriche

patiënten bezochten van opname tot ontslag gemiddeld driekwart jaar de dagbehandeling. Voor ruim 10% van de somatische en 40% van de psychogeriatrische patiënten mondde de dagbehandeling uit in een (aansluitende) verpleeghuisopname. De afgelopen tien jaar is de dagbehandelingscapaciteit in Nederland fors toegenomen en parallel daaraan het aantal patiënten dat gebruik maakt van deze voorziening. De gemiddelde hulpbehoefte en behandelduur zijn in die periode ongeveer gelijk gebleven.

Deel 3: De samenwerking verpleeghuisarts - huisarts nader onderzocht

Transmuralisering van verpleeghuiszorg dwingt verpleeghuismedewerkers om in toenemende mate aandacht te besteden aan de samenwerking met andere zorg-aanbieders en zorgverleners van buiten het verpleeghuis.

In dit verband wordt in dit deel specifiek aandacht besteed aan de samenwerking tussen verpleeghuisarts en huisarts. In het licht van de geschetste ontwikkelingen in de ouderenzorg ontstaan er mogelijkheden voor een nauwe samenwerking tussen verpleeghuisarts en huisarts. Aandacht voor deze samenwerking is niet alleen van belang vanuit inhoudelijk oogpunt, maar ook noodzakelijk vanwege de ontwikkelingen met betrekking tot de extramurale verpleeghuiszorg, waardoor verpleeghuisarts en huisarts elkaar frequenter zullen gaan ontmoeten. Het ligt voor de hand dat complementariteit in plaats van concurrentie in de zorgverlening uiteindelijk bepalend zal zijn voor het realiseren van een succesvolle transmurale samenwerking tussen beiden.

- 158 In paragraaf 3.2 wordt een literatuurstudie gepresenteerd, waarin de actualiteit van deze samenwerking gepositioneerd wordt. De historische ontwikkelingen in de relatie worden beschreven, de beide vakgebieden worden vergeleken en knelpunten in de onderlinge samenwerking komen aan de orde. Tenslotte wordt een viertal samenwerkingsmodellen genoemd.

Paragraaf 3.3 is getiteld "Contacten tussen verpleeghuisarts en huisarts".

In 1996 vond in de regio Oosterhout/Dongemond, het verzorgingsgebied van Streekverpleeghuis de Riethorst in Geertruidenberg, een inventariserend onderzoek plaats naar de contacten tussen verpleeghuisartsen en huisartsen. Door de verpleeghuisartsen werden alle contacten (n=363) geregistreerd, die zij in dat jaar met de huisartsen hadden over nieuwe patiënten, bij opname en na opname in 1996, in respectievelijk het verpleeghuis, op de dagbehandeling en in de substitutieprojecten, alsmede de contacten aangaande de consultatiefunctie en de niet-patiëntgebonden aangelegenheden. Registratie geschiedde op een voorgestructureerd standaardformulier. In de contacten bleek vooral sprake te zijn van éénrichtingsverkeer. In 91 procent van de contacten ging het initiatief uit van de verpleeghuisarts. Ongeveer tweederde van de contactredenen had betrekking op "patiëntenoverdracht". Aangegeven wordt dat verder onderzoek noodzakelijk is om bredere en meer gedetailleerde informatie te verkrijgen omtrent het actuele niveau van samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts en omtrent de omstandigheden waaronder deze samenwerking geïntensiveerd kan worden.

In paragraaf 3.4 wordt een inventariserend landelijk onderzoek naar de intensiteit van de samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen beschreven. Eind

1998 werd aan de hoofden medische dienst van alle gecombineerde verpleeghuizen in Nederland (N=220) een korte vragenlijst toegestuurd over de samenwerking tussen verpleeghuisarts en huisarts. Er werd gekozen voor gecombineerde verpleeghuizen om in het onderzoek op voorhand verschillen uit te sluiten, gerelateerd aan de categorie van het verpleeghuis (alleen psychogeriatrisch, alleen somatisch of beide). Bovendien is op dit moment de ruime meerderheid van de Nederlandse verpleeghuizen gecombineerd. Van de deelnemende verpleeghuizen waren een aantal basiskennissen bekend. De vragenlijst ging onder andere in op de frequentie van contacten tussen verpleeghuisartsen en huisartsen in het kader van de dagbehandeling, de consultatiefunctie en de substitutieprojecten. Daarnaast werd ook op aspecten ingegaan die specifiek met de substitutieprojecten te maken hadden: het wel of niet aanwezig zijn van formele afspraken met de huisarts, het wel of niet concreet samen bij de zorg betrokken zijn, het wel of niet gebruik maken van een gemeenschappelijk dossier etc.

De respons was bijna compleet (98%). Uit de resultaten blijkt dat er in ons land inmiddels sprake is van een evidente transmurale profilering van de verpleeghuizen. Duidelijk wordt ook dat de frequentie van contacten tussen huisartsen en verpleeghuisartsen, in het kader van de verpleeghuisdagbehandeling, de consultatiefunctie en de substitutieprojecten, in het algemeen nog laag is. Daarmee werden de resultaten van het eerdere regionale onderzoek rondom verpleeghuis de Riethorst ook landelijk bevestigd. Vastgesteld werd ook dat de samenwerkingsintensiteit in transmurale projecten positief beïnvloed wordt door de aanwezigheid van goede samenwerkingsafspraken, door gezamenlijke betrokkenheid bij de zorg en door een financiële prikkel voor de huisarts. In dit onderzoek is verder, met het oog op een nog te verrichten landelijk vervolgonderzoek, gepoogd twee extreme groepen van verpleeghuizen te onderscheiden, namelijk een groep verpleeghuizen waarvan verwacht mocht worden dat er een nauwe samenwerking zal zijn met huisartsen en een groep waarbij dit niet het geval was. Een en ander geschiedde op basis van de geregistreerde contactfrequentie met huisartsen en is in feite ook gedaan omdat we op zoek waren naar parameters die invloed hebben op de onderlinge samenwerking. Omdat we uit eerdere onderzoeksresultaten al wisten dat de samenwerking nog beperkt is, meenden we de bedoelde parameters op deze wijze ook beter te kunnen achterhalen. De zodanig onderscheiden twee groepen verpleeghuizen werden op essentiële verschillen onderzocht. Hierbij bleek de urbanisatiegraad een belangrijke rol te spelen. Verpleeghuizen uit de groep van waaruit een meer intensieve samenwerking met huisartsen verwacht mocht worden, waren vaker gelegen in minder verstedelijkte gebieden. Bovendien bleken verpleeghuisartsen die in deze verpleeghuizen werken een minder hoge klinische werklast te hebben, hetgeen door ons als een mogelijke aanwijzing wordt gezien voor het feit dat zij daardoor wellicht meer tijd kunnen besteden aan extramurale activiteiten en samenwerking.

Paragraaf 3.5. In vervolg op het onderzoek van paragraaf 3.4 is een uitvoerig enquête-onderzoek verricht onder huisartsen en verpleeghuisartsen waarbij de onderlinge samenwerking gerelateerd is aan de uitkomstvariabele continuïteit van medische zorg. Uit de twee groepen verpleeghuizen, die onderscheiden werden in het onderzoek, zoals beschreven in paragraaf 3.4, zijn tweemaal twintig verpleeghuizen gekozen; in totaal dus veertig verpleeghuizen, waarvan alle

verpleeghuisartsen en een twintigtal huisartsen uit de respectievelijke verzorgingsgebieden van deze instellingen in het onderzoek zijn opgenomen. Op basis hiervan zijn vervolgens een viertal groepen respondenten (2 groepen huisartsen en 2 groepen verpleeghuisartsen) onderscheiden.

Uit het onderzoek (respons huisartsen: 31,9%; respons verpleeghuisartsen: 68,6%) blijkt dat het eerdere onderscheid in twee groepen verpleeghuizen (met een intensieve respectievelijk minder intensieve samenwerking met huisartsen) gerechtvaardigd was. Zowel huisartsen als verpleeghuisartsen rondom verpleeghuizen, waarvan verwacht werd dat er een goede samenwerking met huisartsen zou zijn, geven aan dat er inderdaad frequenter onderling werkcontact is en dat men ook meer tevreden is over deze onderlinge samenwerking. Belangrijk is echter dat de resultaten er ook op wijzen dat in deze situatie sprake is van een betere continuïteit van medische zorg.

Ook uit dit onderzoek blijkt opnieuw dat nog steeds een aanzienlijk deel van de huisartsen en verpleeghuisartsen geen onderlinge werkcontacten hebben.

Op basis van onze onderzoeksresultaten kan derhalve geconcludeerd worden dat de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts beter tot stand komt in minder verstedelijkte gebieden, daar waar beiden samen bij de zorg betrokken zijn en ook daar waar verpleeghuizen bij het genereren van innovatieve transmurale projecten, een financiële vergoeding voor de huisarts overwegen. Frequenter onderling werkcontact tussen huisarts en verpleeghuisarts, dat bovendien door beiden als goed wordt beoordeeld, blijkt bovendien bij te dragen aan een betere continuïteit van medische zorg. Factoren die in dit verband, naast de urbanisatiegraad, bevorderend kunnen werken zijn:

- het belang dat zowel huisarts als verpleeghuisarts hechten aan een goede onderlinge samenwerking;
- een bij huisartsen aanwezige opvatting dat het verpleeghuis in het algemeen en de verpleeghuisarts in het bijzonder inhoudelijk iets toe te voegen hebben aan de zorg;
- voldoende kennis bij huisartsen over de mogelijkheden van de verpleeghuisarts en andersom;
- het feit dat beiden de tijd die samenwerking kost niet teveel als knelpunt zien;
- een goede telefonische bereikbaarheid van de huisarts;
- het feit dat de wachtlijstproblematiek van verpleeghuizen voor huisartsen een stimulans zou kunnen zijn om ten behoeve van de betrokken patiënten nauwer samen te werken, om zodoende acceptabele oplossingen te vinden voor de overbruggingsperiode tot opname.

Verpleeghuisartsen geven in sterke mate aan dat huisartsen nu nog relatief vaak onbekend zijn met hun werk en de mogelijkheden van het verpleeghuis. Daarbij zijn huisartsen het er algemeen over eens dat men meer consultatief gebruik zou moeten maken van de verpleeghuisarts. Hiermee kan aangesloten worden bij het voorgestelde groeimodel, dat de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voor de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts zijn overeengekomen en dat eveneens uitgaat van initiële consultatieve contacten.

In paragraaf 3.5 wordt maar zijdelings aandacht besteed aan de medische zorg in verzorgingshuizen, waar ook sprake is van een sterk groeiende zorgvraag. De

domeindiscussie die hierover op koepelniveau wordt gevoerd, wordt in dit onderzoek bevestigd. Definitieve uitspraken over een model voor de toekomstige medische zorg in verzorgingshuizen "nieuwe stijl", kunnen op basis van dit onderzoek niet gedaan worden. In het verlengde van de hier gepresenteerde resultaten zou echter een scenario van "gedeelde medische zorg" verdedigbaar zijn.

Gewezen wordt op het belang dat in de nabije toekomst gehecht dient te worden aan het realiseren van een betere onderlinge samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts. De geschetste veranderingen in de ouderenzorg, waarbij de verpleeghuiszorg meer zal transmuraliseren en de huisartsgeneeskunde een partiële verschuiving van "cure" naar "care" zal doormaken, zijn hiervoor immers voldoende aanleiding. Het is duidelijk dat daarvoor voorwaarden geschapen en knelpunten opgelost moeten worden. Bijvoorbeeld kennisvergroting met betrekking tot elkaars werk en samen bijscholen; én ook concreet overleggen en samen optrekken in de zorg voor patiënten, daar waar dit geboden is.

Tot slot wordt nog gewezen op het belang van het verrichten van meer longitudinaal patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek om na te gaan of een nauwere medische samenwerking en een betere continuïteit van medische zorg ook inderdaad leiden tot een betere medische zorg voor de patiënten zelf. Dergelijk onderzoek kan bovendien extra aanknopingspunten opleveren over hoe de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts nader vorm gegeven kan én moet worden.

Deel 4: Beschouwing en samenvatting

In dit deel passeren de belangrijkste resultaten nog eens in grote lijnen de revue. Methodologische kanttekeningen worden besproken en aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek en onderwijs worden gegeven. De samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts wordt voorts nog in een breder perspectief geplaatst door aandacht te besteden aan een aantal aspecten, die buiten de directe context van de eigen onderzoeksactiviteiten liggen. Het betreft hier zaken zoals de zorgnetwerkvorming, de beroepsontwikkeling/professionalisering van de huisarts en de verpleeghuisarts, en sociologische aspecten, samenhangend met het belang van samenwerking.



SUMMARY

This thesis is divided into 4 parts entitled: (part 1) General introduction; (part 2) From institutional care to outreaching care; (part 3) Cooperation between nursing home physician (NHP) and general practitioner (GP); (part 4) Discussion and summary. An addendum entitled 'Nursing home medicine in development' completes the thesis.

Part 1. General introduction

The concept of outreaching nursing home care is introduced and positioned within the context of present transmural care. Transmural care is a new concept in Dutch health care that was introduced in the beginning of the 1990's, and has been a rapidly growing field since then. The term refers to care given "outside the walls" of the existing system.

In the introduction also an outline of the thesis is presented.

Three major questions in nursing home (medicine) research lie at the bottom of the research-activities of this thesis:

1. Which groups of patients need institutional, ambulatory and outreaching nursing home care?
2. What are the effects of the different forms of nursing home care on the patients that receive it?
3. How is the cooperation between disciplines inside and outside the nursing home?

Part 2. From institutional care to outreaching care

164

The increasing need for professional care to the growing elderly population, cannot be met due to capacity problems in the institutional health care sector. Therefore, in order to be able to reach more disabled people, complicated and expensive health care facilities (admission to specialized centres) have to be substituted by accentuating home care. Improvement of home care facilities will also meet the wish of many elderly to stay as long as possible in their own homes or in old people's homes. Nursing homes try to adapt to these developments by providing outreaching care. The various possibilities for so called ambulatory (=semimural) and outreaching (=extramural) nursing home care are presented and discussed in this section.

In paragraph 2.2 a case study entitled 'Admission to a nursing home: need or virtue?' illustrates that nursing homes nowadays take care of much more than the traditional long-term institutional care. Besides traditional chronic and terminal care of patients, patients nowadays can be admitted for rehabilitation, crisis care, observation and diagnosis, and highly specialized care such as ventilation and coma care. Furthermore by consultation, by providing day-care and also by being involved in substitute care projects, nursing homes can contribute in postponing the ultimate admission of patients to institutional care.

Paragraph 2.3 gives an overview of the current nursing home facilities to provide outreaching care. Development and embedding of these new functions need solid scientific evidence. This however requires for instance the development of a specific and integrated patient monitoring system, for assessment and follow-up of the patient throughout the whole health care system.

In paragraph 2.4 an inventory is made of 5 substitute care projects in old people's homes, performed by the nursing home 'de Riethorst' in Geertruidenberg, The Netherlands. Data were gathered by semi-structured interviews and inquiries. It was found that the general goal of substitution of nursing home care for outdoor patients is to provide complementary outreaching nursing home services, by which real nursing home admittance can be postponed or avoided. In fact, in many cases substitution care appeared to avoid nursing home admittance. In 1991-1993 there were 144 participants in these projects, from which only 11 at last were admitted to the nursing home. It was concluded however that in the near future the quality of these outreaching nursing home projects has to be improved, especially on aspects as continuity and methodology of care and with respect to the multidisciplinary approach. At last a structural solution for the complicated and uncertain financial support of these projects was urged.

Paragraph 2.5 describes the characteristics of nursing home day-care patients in the Netherlands in 1995 at first admission and at discharge. Data were derived from the National Nursing Home Registration System (SIVIS), in which in 1995 over 85% of Dutch nursing homes participated. Newly admitted day-care patients were characterized by high age (89% older than 65 years), a distribution with (only!) 9% more women than men and a morbidity pattern of chronic somatic (cerebrovascular disease 45%) and psychogeriatric (dementia 80%) disorders. This morbidity pattern was associated with a considerable degree of disability, in particular regarding the activities of daily living and mobility. Most patients (78%) were admitted directly from their home. The average length of stay from admittance to discharge, for both somatic and psychogeriatric day-care patients was nine months. For about 10% of the somatic patients and 40% of the psychogeriatric ones ambulatory day-care resulted in (subsequent) admission to the nursing home itself. In the last decade nursing home day-care capacity has increased rapidly and parallel to this also the numbers of day-care patients. The average level of disability and the average period of treatment of nursing home day-care patients however has remained approximately the same in this period.

165

Part 3. Cooperation between nursing home physician (NHP) and general practitioner (GP)

The proces of transmural care requires optimal cooperation between nursing home caregivers and caregivers outside the institution. This section specifically addresses the relationship between NHP and GP. Concerted action is needed for exchanging mutual knowledge and insight in specific patient problems and also to facilitate succesful interdisciplinary cooperation.

In paragraph 3.2 a review of literature is presented about the current relationship between NHP and GP in The Netherlands. The relationship between both disciplines is described from a historical perspective. Potential bottlenecks in the cooperation are presented and some models of cooperation are described.

In paragraph 3.3 an inventory was made on actual contacts, in 1996, between NHP's and GP's in the care region of the Geertruidenberg nursing home 'de Riethorst'. Registration of all contacts (n=363) between the NHP's and the GP's, on newly admitted patients in the nursing home, in nursing home day care, in

nursing home substitution care and with respect to consultation and other matters, was carried out. The registration on a standard form was done by the NHP's. The results indicate that the contacts between NHP's and GP's occurred mainly unidirectionally from NHP to GP (91%). In about 2/3 of the cases the reasons for contact were associated with patient transitions. With regard to future developments in the health care services it was concluded that further investigations are necessary to gather more detailed information on the actual level of cooperation between the NHP and the GP and on the conditions that are required to increase this level of cooperation.

Therefore in paragraph 3.4 a national survey is presented on the intensity of cooperation between NHP's and GP's. In 1998 a short questionnaire was sent to the heads of the medical departments of all combined nursing homes in the Netherlands (n=220). Combined nursing homes were chosen to be able to exclude potential differences between different categories of nursing homes (only psychogeriatric, only somatic, or both, - which is combined). The response in this study was very high (98%). The results showed that most nursing homes nowadays indeed provide various forms of outreaching care. In agreement with the findings described in paragraph 3.3, it was found out that the contact-intensity between NHP's and GP's in the context of either nursing home day-care, nursing home consultative care or nursing home substitute care still is low. The intensity of contact in projects of substitute care is positively influenced by solid agreements between both parties with regard to cooperation, by actually working together for patients and by financial stimuli for GP's. Statistical analysis was performed to distinguish nursing homes with limited cooperation with GP's (group X) from those with close cooperation (group Y), in order to identify predictors of cooperation intensity. The cooperation was more intense in rural areas and when nursing home physicians were involved who have a lower clinical workload, which will allow them to spend more time for outreaching activities including cooperation with others.

Subsequently a more detailed inquiry was performed among GP's and NHP's in order to relate mutual cooperation to continuity of medical care (paragraph 3.5). Twenty nursing homes were randomly chosen from respectively group X and group Y. Questionnaires were sent to all NHP's of these 40 institutions (n=137) and to about 20 GP's in each care region of these 40 nursing homes (n=780). The response was 31.9% among GP's and 68.6% among NHP's.

The results showed that a higher contact-intensity between NHP's and GP's leads to a situation, in which the medical activities with regard to patients are better geared to one another and thus lead to an intensified cooperation and a better continuity of medical care.

Other factors that were identified to improve mutual cooperation are:

- the importance being attached to an optimal cooperation by both disciplines;
- the conviction by the GP's of the additional value of supporting nursing home care facilities and NHP's in patient care;
- the knowledge of GP's and NHP's about each other's expertise;
- the fact that GP's and NHP's want to spend time in working together;
- the easy accessibility by phone of GP's;

- the waiting list issue in nursing homes, that requires solutions for patients to tide over the period until admission.

NHP's indicate that GP's are often not aware of both the possibilities of the NHP's-discipline and the nursing homes. Moreover GP's agree that NHP's should be taken in consult more often. These points of view link up with the proposed growth model for cooperation agreed by the Dutch Ssociety of Nursing Home Physicians (NVVA) and the Dutch Association of General Practitioners (LHV).

Nowadays specific attention is also paid to the medical care for residents of old people's homes. This problem however is only briefly discussed in paragraph 3.5. Nevertheless in line with the results of the present study a scenario of shared medical care would seem to be advisable.

Finally, it is concluded that further longitudinal studies are indicated to investigate if a closer cooperation between NHP's and GP's and a better continuity of medical care indeed result in improved patient care.

Part 4. Discussion and summary

In the last part of the thesis, the most important results from the studies that were performed on the cooperation between general practitioner and nursing home physician are summarized.

Furthermore the cooperation between NHP and GP is placed in a broader perspective by paying attention to some important aspects, which lie beyond the horizon of the studies presented in this thesis.